

Jarosław Sak

Rozważania o ekofilozofii : od ekologii do astheneologii

Diametros nr 9, 165-172

2006

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

ROZWAŻANIA O EKOFILOZOFII:
OD EKOLOGII DO ASTHENEologii

Ernest Haeckel (1834-1919) blisko 140 lat temu (w 1869 roku), jako pierwszy uczony, przedstawił definicję ekologii (*Ökologie*) jako wiedzy o związkach organizmu ze środowiskiem¹. Uściślona przez S. A. Forbesa (1844-1930) dotrwała do czasów współczesnych jako nauka biologiczna badająca organizmy flory i fauny w środowiskach biotycznych i abiotycznych². Rozważania moje na temat ekofilozofii będą koncentrowały się jednak nie tylko wokół świata przyrody „pozaludzkiego”, ale za punkt wyjścia będą przyjmowały obszar badań z zakresu ekologii człowieka, który został wyodrębniony w drugiej połowie XX wieku. Ekologia człowieka w znaczeniu przytoczonym przez J. M. Dołęgę bada wpływy środowiska społecznego i przyrodniczego na organizm ludzki oraz możliwości adaptacji człowieka do tego środowiska³. Nie ulega wątpliwości, że w takim znaczeniu ekologia człowieka (i ekologia społeczna) ma wiele punktów stycznych z niektórymi naukami medycznymi. W tym kontekście należałoby wymienić zwłaszcza nauki badające częstość występowania określonych jednostek chorobowych, zachorowalności i śmiertelności (epidemiologia); poszukujące środowiskowych przyczyn chorób (medycyna środowiskowa i medycyna pracy); planowania i realizacji działań mających na celu związk-

¹ Kalinowska [2002] s. 19-20.

² Dołęga [2001] s. 25-26.

³ Tamże, s. 26.

szczeniu potencjału zdrowia w danej populacji (zdrowie publiczne, promocja zdrowia).

W stale poszerzanym obszarze nauk ekologicznych, na początku lat sześćdziesiątych XX wieku, pojawił się termin sozologia określający naukę o ochronie naturalnego środowiska człowieka. W tym obszarze zagadnień i badań naukowych mieszczą się problemy dotyczące między innymi: wpływu zmienionego środowiska na organizmy żywe i na człowieka, budzenie świadomości moralnej i etycznej wrażliwej na jakość środowiska przyrodniczego i społecznego, badanie wpływu środowiska na stan psychiczny człowieka, a także prowadzenie medycznych badań dotyczących nowych jednostek chorobowych, powstałych pod wpływem zmienionego środowiska⁴.

Biorąc pod uwagę pewien trend do parcelacji sozologii ogólnej na obszary uszczegółowione, takie jak chociażby sozotechnika i sozoekonomia, postuluję posługiwanie się terminem „sozomedycyna”, i przy jego pomocy wydzielenie na terenie nauk ekologicznych zagadnień dotyczących nie tylko prowadzenia badań nad nowymi jednostkami chorobowymi powstałymi pod wpływem zmienionego środowiska, ale przede wszystkim badanie wpływów środowiska naturalnego na te aspekty ludzkiej egzystencji, które „podlegają” działaniom medycznym (w zakresie zarówno klinicznym, doświadczalnym, jak i teoretycznym). Uszczegóławiając przedmiot badań sozomedycyny, należałoby wyróżnić następujące obszary problemowe:

1. wpływ zmian środowiska naturalnego na powstawanie nowych jednostek chorobowych;
2. wpływ zmian relacji człowieka ze środowiskiem naturalnym na powstawanie nowych jednostek chorobowych;
3. wpływ zmian środowiska naturalnego na modyfikację szkodliwości już zidentyfikowanych organizmów (patogenów);
4. wpływ zmian relacji człowieka ze środowiskiem naturalnym na modyfikację szkodliwości już zidentyfikowanych organizmów (patogenów);
5. transfer jednostek chorobowych w wyniku działalności człowieka (m.in. problem „imperializmu epidemicznego”).

Potrzeba ufundowania takiego zakresu sozomedycyny (obejmującego powyższe obszary problemowe) jest tym istotniejsza, że badanie wpływu środowiska naturalnego na człowieka w aspekcie występowania, leczenia i zapobiegania chorobom jest niezwykle „rozdrobiona” przez wielość dyscyplin i subdyscyplin naukowych. Wydaje się również, że ukształtowana w XX wieku bioetyka nie obejmuje wszystkich podstawowych problemów medycznych w relacji człowiek – środowisko naturalne. Bioetyka koncen-

⁴Tamże, 26-27.

truje się przede wszystkim na moralnej ocenie działań medycznych podejmowanych wobec człowieka na różnych etapach jego egzystencji.

Dokonując refleksji nad kształtem współczesnych zmaganiań naukowych z problemami relacji człowiek – środowisko naturalne nie sposób pominąć ekofilozofii (jako dyscypliny filozoficznej) dysponującej bogactwem koncepcji oraz niezwykle zróżnicowanymi stylami jej uprawiania. Sprawia to, że w tym obszarze nauki można doszukiwać się koncepcji zbliżających ekofilozofię do filozofii przyrody, ekologii humanistycznej czy też filozofii ekologicznej⁵. Mając świadomość, że proponowane wcześniej zakreszenie obszaru badań w zakresie sozomedycyny nie może nie posiadać związku z refleksją filozoficzną, pragnę zaproponować w ramach różnorodności rozumienia ekofilozofii, ekofilozofię medycyny, rozumianą jako filozofię sozomedycyny.

Podając wstępne propozycje metodologiczne w zakresie ekofilozofii warto przypomnieć rozróżnienie jakiego dokonał Z. Hull, w odniesieniu do sposobów uprawiania i pojmowania filozofii ekologii. Pierwszy z wyróżnionych sposobów, określany przez autora jako neutralistyczny, koncentruje się na wyznaczeniu kręgu pytań i problemów filozoficznych dotyczących wzajemnych relacji między człowiekiem a środowiskiem przyrodniczym. Drugi model pojmowania ekofilozofii to tzw. sposób zaangażowany⁶. Dostrzegając potrzebę uprawiania ekofilozofii medycyny skłaniałbym się do pierwszego z rozpoznanych sposobów.

Propozycja ufundowania ekofilozofii medycyny wiąże się z koniecznością określenia jej zadań badawczych. Niewątpliwie zadaniem trudnym jest wyczerpujące określenie zakresu ekofilozofii medycyny, wskazać można co najmniej dwa obszary badań: problem definiowania zdrowia i choroby w relacji do środowiska naturalnego oraz problem zmienności zadań i celów medycyny w odniesieniu do dynamiki zmian środowiska naturalnego i zmian relacji człowieka do środowiska naturalnego.

Pragnę nieco uwagi poświęcić zwłaszcza pierwszemu z wyżej wymienionych obszarów badawczych. W klasycznym ujęciu filozofii medycyny choroba jest definiowana, zgodnie z koncepcjami deskryptywnymi, jako zaburzenia fizjologiczne, istotne (nieodwracalne na drodze naturalnej) odchylenie od normy, albo też w perspektywie normatywnej (ostatnio zdecydowanie bardziej popularnej) – jako dysproporcja pomiędzy celami i wartościami przyjmowanymi przez człowieka a możliwościami ich realizacji. W perspektywie astheneologicznej, której określenie wywodzi od greckiego słowa *astheneo* – słabość (choroba Łazarza w Ewangelii Św. Jana, Jn 11: 1-6), wyjaśnianie choroby obejmowałoby nie tylko płaszczyznę

⁵ Tamże, s. 30-33.

⁶ Hull [2001] s. 39-42.

normatywną, ale całą „przestrzeń” egzystencjalną wraz z jej zapośredniczeniem w środowisku naturalnym. Przybliżając wstępny projekt tej koncepcji należałoby wspomnieć o tym, że nawiązuje ona do biopsychospołecznego modelu uprawiania medycyny rozwijanego na gruncie amerykańskim od lat sześćdziesiątych XX wieku przez G. L. Engela i jego współpracowników⁷. Ujęcie biopsychospołeczne przewyższa mechanistyczny model biomedyczny traktując biologiczny wymiar jako nieodłączny od innych sfer element egzystencji człowieka. W wyjaśnianiu istoty choroby w ramach modelu biopsychospołecznego równie istotne są zależności patofizjologiczne występujące w organizmie danego pacjenta, jak i zaburzenia w relacjach z bliskimi, przyjaciółmi, współpracownikami, uwarunkowania psychologiczne: w ogólności interakcje pomiędzy pacjentem a jego środowiskiem psycho-społecznym.

Astheneologiczna koncepcja wyjaśniania choroby zmierza do obrony tezy, że choroba nie ogranicza się tylko do granic biologicznych organizmu ludzkiego (tak jak w tradycyjnym modelu biomedycznym), ale obejmuje również sferę psychologiczną, społeczną, a także ekologiczną. Manifestacja stanu chorobowego, poprzez subiektywnie odczuwane dolegliwości lub obiektywnie rejestrowane i oceniane objawy w medycznych badaniach przedmiotowych i dodatkowych, stanowi wierzchołek „góry lodowej”, której zrąb tkwi zarówno w rzeczywistości biologicznej organizmu człowieka, warstwie psychospołecznej, jak i homosferze (jako części bioekosfery), czyli naturalnej przestrzeni zajmowanej przez człowieka⁸.

Drugim istotnym założeniem astheneologicznej koncepcji choroby jest wpływ czasu na egzystencję człowieka, a zwłaszcza świadomość nieustannego przybliżania się ku końcowi własnej egzystencji w wymiarze biologicznym. Jest to zasadnicza słabość człowieka: „umykanie życia”, zmniejszanie potencjału zdrowotnego (życiowego) wraz z wiekiem, „spalanie się” w życiu codziennym. Choroba, zarówno ta już odczuwana subiektywnie przez pacjenta, jak i ta będąca jeszcze w okresie bezobjawowym, intensyfikuje tendencję „umykania życia”. Choroba przyspiesza „spalanie się” ludzkiej egzystencji, egzystencji, której korzenie tkwią również w homosferze. Choroba w tym ujęciu oznacza zatem przyspieszenie (akcelerację) zamierania życia człowieka. Owo zamieranie może być jednak odwracalne lub nieodwracalne. Przykładem odwracalnego procesu zamierania życia jest na przykład zapalenie płuc poddające się terapii antybiotykami lub też (w czasach przed erą antybiotykoterapii) zwalczone siłami naturalnymi organizmu.

⁷ Frankel [2003]

⁸ Łapiński [2002] s. 114.

Odwroćcie procesu chorobowego może bowiem nastąpić zarówno za sprawą interwencji medycznej, jak i mechanizmów naturalnych. Według tradycji medycyny hipokratejskiej to właśnie lecząca siła natury miała być głównym czynnikiem odwracającym proces zamierania życia człowieka. Fizjologia i patologia Hipokratesa opierała się na nauce o czterech cieczach. Gdy ciecz zachowują prawidłowy stan, żadnej z nich nie jest ani za dużo ani za mało, i są dobrze ze sobą zmieszane (*krasis, eukrasis*), wtedy człowiek jest zdrowy. Gdy natomiast są one źle zmieszane lub jednej z nich jest za dużo lub za mało, wtedy człowiek jest chory. Niekorzystny stan cieczy, czyli soków powstaje wskutek różnych przyczyn (wpływ klimatu, pogody, pory roku, wieku, trybu życia, pożywienia). Organizm, dążąc do przywrócenia naruszonych proporcji i powrotu do stanu krazji, wykorzystuje działanie leczącej siły natury (*vis medicatrix*). Lekarzowi przypada jedynie rola pomocnicza, powinien on pomagać naturze, poznając jej działanie i usuwając, możliwe do usunięcia, szkodliwe przyczyny. Natura stara się przezwyciężyć zły stan soków jakby za pomocą gotowania. Jeżeli się to powiedzie, wtedy następuje przesilenie choroby (*krisis*) a nadmiar któregoś z soków zostaje wydalony: może wystąpić wówczas biegunka, wymioty, katar, krwawienie, upławy, poty, kaszel z obfitą plwociną itp.⁹

W tradycji rzymskiej szkoły metodyków prezentowano pogląd przeciwny: akcenty ról lekarza i natury uległy odwróceniu: leczy lekarz, natura zaś jest potencjalnie szkodliwa. Asklepiades, uważany za twórcę patologii solidarnej i „ojca” szkoły metodyków, twierdził, że natura nie tylko nie może pomóc, ale działa wręcz niekorzystnie. Zadaniem lekarza jest więc przede wszystkim leczyć a nie oglądać się na naturalny powrót do zdrowia. Odrzucił on naukę o czterech elementach, zaś płynem ustrojowym przyznawał znaczenie jedynie drugorzędne, wiążąc stan zdrowia i choroby z elementami spoistymi ciała. Właśnie od tego pochodzi nazwa, kluczowej dla szkoły metodyków teorii – solidarna, od *solidus* – trwałe, stałe. Ponieważ Asklepiades nie łączył choroby ze zmianami w płynach i powstawaniem *materia peccans*, odrzucał stosowane przez zwolenników teorii humoralnej środki wymiotne i przeczyszczające, zalecając leczenie mechaniczne, fizykalne i dietetyczne. Duży nacisk kładł na posty, zakaz spożywania mięsa, picie wód na przemian z suchą dietą, a także kurację winem. Podkreślał znaczenie kąpiei, zarówno zimnych, jak i napotnych oraz korzystania z ruchu na świeżym powietrzu¹⁰. Uznawał fakt, że choroby ulegają przesileniu i po nim ustępują. Asklepiades, który był przekonany, że natura sama nie jest w stanie przezwyciężyć choroby, jako jeden z pierwszych w historii medycyny zastosował tracheotomię jako zabieg leczniczy. Jak podkreśla

⁹ Szumowski [1994] s. 83-84.

¹⁰ Brzeziński [1988] s. 140.

W. Szumowski, istniał ścisły związek pomiędzy głoszonymi poglądami a wspomnianym zabiegiem. Może to bowiem zilustrować sytuacja, kiedy dziecko choruje na krup, czyli chorobę określaną współcześnie jako błonica: wszelkie obserwowanie bez leczenia inwazyjnego jest oczekiwaniem na śmierć chorego, natura w tym przypadku sama szkodzi, prowadząc nieuchronnie do zaduszenia dziecka. Lekarz może przyjść z pomocą, tylko wtedy, gdy działając szybko i zdecydowanie, zwalczał będzie naturę, przecinając tchawicę poniżej chorego miejsca¹¹.

Warto zauważyć, że dwie przeciwstawne tradycje istniejące w starożytnej medycynie (i mające swój znaczny wpływ na medycynę wieków późniejszych w Europie) nawiązywały do środków naturalnych, uznając ścisłe związki człowieka z jego środowiskiem naturalnym. Bez względu na rolę jaką przypisywały one lekarzowi i naturze, w procesach terapeutycznych dostrzegały nierozzerwalność człowieka i jego środowiska naturalnego, albo też można powiedzieć inaczej: było to dla lekarzy starożytności tak naturalne i oczywiste jak oddychanie!

Współcześnie często jesteśmy świadkami akceleracji zamierania ludzkiego życia, której nie możemy skutecznie przeciwdziałać. Przykładami takimi są nieuleczalne choroby nowotworowe. W tych przypadkach wysiłki lekarzy często ograniczają się tylko do zwykłego niewielkiego odroczenia „wyroku” i poprawy jakości życia pacjenta.

Zwracając uwagę w ramach tzw. astheneologicznej koncepcji choroby na problem akceleracji zamierania życia należy wyróżnić typy czynników mogących potencjalnie wpływać na jakość tego procesu. Są to czynniki endogenne, mezogenne, egzogenne i hiperegzenne. Czynniki endogenne są między innymi uwarunkowania wynikające ze struktury genotypu danego pacjenta, zmienności w strukturze anatomicznej, anomalie i wady rozwojowe. Czynniki mezogenne są bezpośrednio kształtowane przez pacjenta – relacje z najbliższymi, określony styl życia, nałogi itp. Czynniki egzogenne są pochodzenia cywilizacyjnego i są autonomiczne względem pacjenta: uwarunkowania społeczne, kulturowe, w tym sytuacja na rynku pracy, dostępność produktów żywnościowych itp. Czynniki hiperegzenne, mogące warunkować akcelerację zamierania życia danego człowieka są czynnikami pozacywilizacyjnymi kształtowanymi bezpośrednio przez środowisko naturalne: klimat i jego komponenty, promieniowanie naturalne itp. We współczesnym piśmiennictwie medycznym istnieje ogromna liczba doniesień na temat czynników ryzyka wystąpienia różnych chorób. Na podstawie tylko pobieżnej – „ilościowej” analizy rekordów zawartych w bazie „Medline” można stwierdzić obecność 24.894 doniesień na temat badań czynników ryzyka różnych chorób. Ilustruje to siłę problemów

¹¹ Szumowski [1994] s. 114.

„astheneologicznych”, z którymi próbuje zmagać się współczesna myśl medyczna. Zagrożenie chorobami współczesnego człowieka: eskalacja już istniejących lub pojawianie się nowych, można traktować jako „papierek lakmusowy” degradacji środowiska naturalnego. Współczesny człowiek zatem, najczęściej w sposób nieuświadomiony, „projektuje” przyszłość swoją i przyszłych pokoleń.

Zaprezentowany przyczynek do ekofilozofii medycyny warto zakończyć słowami Jana Pawła II wygłoszonymi podczas Liturgii Słowa w Zamościu:

Nie wystarczy upatrywać przyczyny niszczenia świata jedynie w nadmiernym uprzemysłowieniu, bezkrytycznym stosowaniu w przemyśle i rolnictwie zdobyczy naukowych i technologicznych, czy w pogoni za bogactwem bez liczenia się ze skutkami działań w przyszłości. Chociaż nie można zaprzeczyć, że takie działania przynoszą wielkie szkody, to jednak łatwo dostrzec, że ich źródło leży głębiej, w samej postawie człowieka. Wydaje się, że to, co najbardziej zagraża stworzeniu i człowiekowi, to brak poszanowania dla praw natury i zanik poczucia wartości życia¹².

LITERATURA

- Brzeziński [1988] – T. Brzeziński, *Rozwój poglądów na istotę choroby*, w: *Historia medycyny*, red. T. Brzeziński, PZWL, Warszawa 1988.
- Dołęga [2002] – J. M. Dołęga, *Z filozofii nauk ekologicznych*, w: *Ochrona środowiska społeczno-przyrodniczego w filozofii i teologii*, red. J.M. Dołęga, J. W. Czartoszewski, A. Skowroński, Wyd. UKSW, Warszawa 2001.
- Frankel [2003] – red. R. M. Frankel, T. E. Quill, S. H. McDaniel, *The Biopsychosocial Approach: Past, Present, Future*, The University of Rochester Press, 2003.
- Hull [2001] – Z. Hull, *O dwóch sposobach pojmowania i uprawiania filozofii ekologii*, w: *Ochrona środowiska społeczno-przyrodniczego w filozofii i teologii*, red. J.M. Dołęga, J. W. Czartoszewski, A. Skowroński, Wyd. UKSW, Warszawa 2001.
- Kalinowska [2002] – A. Kalinowska, *Ekologia – wybór na Nowe Stulecie*, Warszawa 2002.
- Łapiński [2002] – J. Łapiński: *(Bio-techno-socjo-ekono) różnorodność jako strategia ekologizmu*, w: *Ekologizm jako paradygmat umysłowości XXI wieku*, red. J. Dębowski, Wyd. Akademii Podlaskiej, Siedlce 2002.

¹² Przemówienie Jana Pawła II.

Przemówienie Jana Pawła II – *Przemówienie Jana Pawła II podczas Liturgii Słowa w Zamościu*, (tekst z uzupełnieniami) w: *Ochrona środowiska społeczno-przyrodniczego w filozofii i teologii*, red. J.M. Dołęga, J. W. Czartoszewski, A. Skowroński Wyd. UKSW, Warszawa 2001.

Szumowski [1994] – W. Szumowski, *Historia medycyny filozoficznie ujęta. Podręcznik dla lekarzy i studentów z ilustracjami*, Sanmedia, Warszawa 1994.